

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergia a \_\_\_\_\_

**Para todas las alergias alimentarias:** Un plan de atención por escrito para cada niño con una alergia alimentaria diagnosticada, que incluya instrucciones de un médico sobre el alimento al que el niño es alérgico y las medidas que deben tomarse en caso de que se sospeche o se confirme una reacción alérgica.

¿Padece de asma?  Sí\*  No \*Mayor riesgo de reacción grave

**Paso 1: Evaluación** La gravedad de los síntomas puede cambiar rápidamente. † Potencialmente mortal.

| Síntomas:  | Administrar medicamento marcado:   |
|--|--|
| Si un estudiante ha estado expuesto a un alérgeno o lo ha ingerido, pero NO tiene síntomas.    | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Boca:</b> picor, hormigueo o hinchazón de labios, lengua, boca.                             | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Piel:</b> urticaria, erupción cutánea con picor, hinchazón de la cara o las extremidades.   | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Intestino:</b> náuseas, calambres abdominales, vómitos, diarrea.                            | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Garganta†:</b> estrechamiento de la garganta, ronquera, tos seca.                           | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Pulmón†:</b> dificultad para respirar, tos repetitiva, sibilancias.                         | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Corazón†:</b> pulso filiforme, presión arterial baja, desmayo, palidez, coloración azulada. | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| <b>Otro:</b> _____   | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |
| Si la reacción avanza, (varias de las áreas anteriores afectadas).                             | <input type="checkbox"/> Epinefrina <input type="checkbox"/> Antihistamínico |

**Paso 2: Tratamiento** Su hijo no podrá participar en el programa sin el medicamento requerido.

**Epinefrina:** Inyectar por vía intramuscular.

EpiPen®  EpiPen® Jr.  Twinject 0,3 mg  Twinject 0,15 mg

**Antihistamínico:** Administrar \_\_\_\_\_ Otro: Administrar \_\_\_\_\_  
*antihistamínico/dosis/vía* *medicamento/dosis/vía*

**Paso 3: Llamadas De Emergencia:** Se debe llamar a los paramédicos si se administra epipen® o twinject. El epipen® o el twinject solamente duran 15-20 minutos.

1. Llame al 911. Indique que se ha tratado una reacción anafiláctica, el tipo de tratamiento administrado (es decir, EpiPen® o Twinject) y que es posible que se necesite epinefrina adicional.

2. Padres: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Contactos de Emergencia

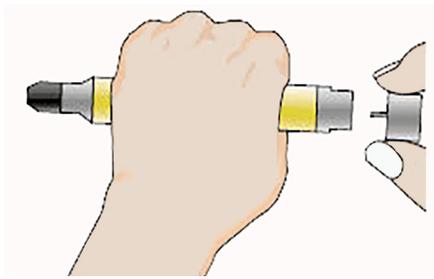
1. \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

(Continúa en el dorso)

## ¿Cómo se usa el EpiPen®?

1. Cierre el puño alrededor del EpiPen® y retire la tapa gris. Asegúrese de que su pulgar esté lo más cerca posible del extremo de la tapa gris y no sobre el extremo negro.



2. Coloque la punta negra contra la parte exterior de la mitad del muslo del niño. (Nota: No es necesario "bascular y pinchar").
3. Empuje CON FUERZA hasta que escuche o sienta un clic, y manténgalo así durante 10 segundos.



4. Retire el EpiPen® y llame a una ambulancia. El EpiPen® solo se puede usar una vez.

### **Paso 4: Medicamento recetado: Para completar por el proveedor de atención médica (un formulario para cada medicamento)**

Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico/afección para los cuales se administra el medicamento: \_\_\_\_\_

Dosis: Vía: \_\_\_\_\_ Hora de administración: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_ Año escolar: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Posibles efectos secundarios:  No se espera ninguno. Especifique: \_\_\_\_\_

Firma del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Nombre escrito/sello del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor de atención médica: \_\_\_\_\_